

МАСТУРБАЦИЯ У ДЕТЕЙ

Тен С.В.

Учебно-практический медицинский центр «Демеу», Астана, Казахстан

Мастурбация у детей (допубертатная мастурбация (патологическая)): одна из форм привычных действий (например, сосание пальца, кусание ногтей, раскачивание во сне, выдергивание волос и др.) у детей, не достигших возраста начала полового созревания (не менее чем за год до пробуждения сексуального влечения, чаще всего в возрасте до 10 лет), проявляется в форме манипулирования половыми органами, раздражения их с помощью усиленного скреживания бедер или трения паховой областью о предметы или ноги взрослых. Необходимо обратить внимание на то, что отмечаемые во время мастурбации покраснение лица и верхней части туловища, усиленное дыхание, движения нижними конечностями и снижение реакции ребенка на внешние раздражители иногда принимают за эпилептические приступы. Мастурбация отличается от эпилептических судорог следующими признаками:

- движения при мастурбации достаточно характерны («сучит» ногами; аналогичные синкинетичные проявления отмечаются в руках);
- попытка пресечь мастурбацию вызывает негативную реакцию (отталкивание, гримаса неудовольствия и др.);
- эрекция полового члена у мальчиков;
- отвлечение внимания (например, показ незнакомой яркой игрушки) прекращает мастурбацию;
- нет полного отключения сознания;
- противозепилептическое лечение не оказывает эффекта или вызывает учащение мастурбации;
- отсутствуют эпилептические феномены на электроэнцефалограмме (ЭЭГ).

Часто у детей с мастурбацией отмечаются эпизодические или же длительно существующие явления онихофагии (кусание ногтей), яктации (раскачивание во сне), рудиментарной трихотилломании (выдергивание волос), сосания пальца, бруксизм (скрежетание зубами во сне). Около половины из этих детей имеют отклонения со стороны центральной нервной системы в виде нарушения задержки психического развития, нарушения поведения, судорог, аффективных приступов, нарушений сна (нарушения засыпания, поверхностный сон, сногворения, ночные кошмары), энуреза (ночного недержания мочи), гиперкинезов (тики) и нарушений речи.

Среди факторов «почвы» наиболее существенными представляются следующие: невропатия, резидуально-органическая мозговая недостаточность (последствия перинатальной энцефалопатии, минимальная мозговая дисфункция, синдром гиперактивности и дефицита внимания) и наследственная отягощенность.

Сформировавшийся поведенческий стереотип в форме мастурбации возникает в качестве специфического ответа на неспецифический стресс, провоцируемый различными ситуациями: эмоциональное напряжение, вызывающих утомление, связанных с ощущением боли, состоянием тоски, переживанием скуки (например, при долгом лежании в постели во время болезни) или тревоги и страха, ситуации заинтересованности чем-либо, например, просмотром телепрограмм.

Сохранение адаптивно-компенсаторного характера мастурбации проявляется тем, что она служит: непосредственным источником удовольствия, способом разрядки эмоционального и физического напряжения, носит характер аутогипноза, способствует успокоению, является самостимулирующим психотехническим приемом, способом релаксации, ослабления боли, отгорожения от сверхсильных раздражителей.

Закономерен вопрос о природе и содержании того удовольствия, которое получает ребенок при манипулировании своими половыми органами и которое в одних случаях служит компенсацией дефицита положительных эмоций или конкурирует с актуальным психофизическим дискомфортом, а в других — является сформировавшейся индивидуальной потребностью, самоактуализирующейся по пейцмекерному типу.

Поскольку речь идет о допубертатной мастурбации (возраст возникновения специфического поведения от 4 мес. до 7 лет), то данное поведение нельзя рассматривать как идентичное сексуальному поведению подростков и взрослых в форме мастурбации, характеризующегося фантазированием и представляющим собой мнимое половое сношение с воображаемым партнером.

Мастурбация в допубертатном возрасте в биологическом смысле отражает ранние филогенетические корни (аналогичное поведение отмечается у неполовозрелых обезьян и других млекопитающих), а в психофизиологическом смысле является (как и другие виды патологически привычных действий) способом саморегуляции, т.е. поведением, обеспечивающим инстинкт самосохранения, а не фило- и онтогенетически более высокий и поздний инстинкт сохранения рода (с которым в норме спаян истинный онанизм, а в патологии «психический» онанизм). Наконец, даже в случаях, когда мастурбационная активность маленького ребенка приобретает собственно сексуальную окраску (комплекс Эдипа, комплекс Электры), ее инфантильная инцестуозность (направленность сексуального влечения на близких родственников) остается по сути регрессивной, поскольку реализованный инцест — угроза

вырождения вида, как в биологическом, так и социальном отношении.

Принципы лечения

Неэффективность попыток преодолеть мастурбацию с помощью запретов и наказаний подтверждает приспособительный характер данного поведения, компенсирующего физический дискомфорт, неприятные и болезненные ощущения, дефицит положительных эмоций. В то же время снятие повышенной возбудимости, нормализация сна, переключение внимания на эмоционально положительную двигательную активность, обеспечение ребенка социально приемлемыми источниками телесных ощущений и тактильного контакта (например, с помощью занятий спортом, «материнского массажа», холдинг терапии) дают положительный эффект на всех этапах развития мастурбации.

Главное — ликвидация источника психического и/или физического дискомфорта, вызывающего возникновение компенсаторного поведения в форме инстинктивных стереотипных реакции. Это служит профилактикой его перехода в патологическую мастурбацию и закрепления ее в качестве устойчивого патологического состояния, системного поведенческого расстройства.

Необходимо снять тревогу у родителей и их чувство вины с помощью объяснения нормальности данного элемента половой жизни ребенка. При этом детям надо прививать социально-допустимые формы поведения, мешать открыто заниматься мастурбацией, сдерживать за счет контакта и совместной игры с родителями.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОНЗИЛЛИТА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Абдрахманова Г.М.

Госпиталь с поликлиникой ДВД Акмолинской области, Кокшетау, Казахстан

В структуре заболеваний ЛОР-органов значительную часть составляют инфекционно-воспалительные заболевания небных миндалин, на долю которых приходится от 20% случаев в общей популяции и до 43,0% в группе часто болеющих. В этиологии острых тонзиллитов основную роль играют следующие микроорганизмы: *Nemophilus influenzae*, *Moraxella catharralis* и бета-гемолитический стрептококк, актуальность которого в становлении патологического процесса по-прежнему высока. Остальные микроорганизмы, такие как вирусы, стрептококки других групп, нейсерии и т.д., имеют существенно меньшее значение [1,2].

В стандартный комплекс профилактического консервативного лечения хронического тонзиллита входит комплекс процедур, направленных на борьбу с патогенной микрофлорой, постоянно находящейся в лакунах миндалин, улучшение дренажа миндалин, коррекцию иммунологической защиты организма. Этот комплекс включает в себя промывание лакун миндалин, смазывание миндалин антисептическими растворами, физиотерапевтические процедуры (УЗИ на подчелюстную область или лазеротерапию), применение иммуномодуляторов. Курс лечения проводится два раза в год [3,4].

Наше исследование проводилось в целях выявления наиболее оптимальной схемы профилактического лечения хронического тонзиллита.

С апреля 2009 по декабрь 2010 года под нашим наблюдением находились 68 пациентов в возрасте от 17 до 32 лет с диагнозом «хронический тонзиллит, компенсированная форма». У 24 (35%) больных заболевание протекало с обострениями в виде ангин 1 раз в год или 2 раза в три года, 6 из них имели в анамнезе паратонзиллярные абсцессы. От оперативного вмешательства все категорически отказались. Остальные 44 (65%) человека имели компенсированную безангинозную форму хронического тонзиллита. (В анамнезе документированного диагноза «ангина» не отмечалось). Все больные предъявляли жалобы на повышенную утомляемость, периодически возникающие головные боли, слабость, потливость, частые простудные заболевания, длительное «немотивированное» повышение температуры тела до субфебрильных значений.

При осмотре у всех пациентов отмечались увеличение и уплотнение подчелюстных лимфатических узлов. Болезненность отмечали 11 (16,0%), включенных в обследование через 7-10 дней после перенесенной ангины.

У всех больных имелась незначительная гиперемия слизистой оболочки миндалин и задней стенки глотки. Передние дужки были значительно гиперемированы, инъецированы сосудами. Миндалины спаяны с дужками, с расширенными лакунами, в лакунах патологическое гнойное отделяемое. 49 (72%) человек имели миндалины II степени и 19 (23%) человек — III степени. У 10 - отмечался гнойный запах изо рта.

Все больные, находившиеся под нашим наблюдением, 2 раза в год проходили курс консервативного лечения хронического тонзиллита. Через день им проводилось промывание лакун миндалин (от 8 до 10 процедур в зависимости от эффективности). Во всех случаях эти процедуры сочетались с УЗИ на подчелюстную область.

Промывания проводились растворами гексорала (10 пациентов), мирамистина (20 пациентов), октиносепта (28 пациентов). Эти препараты были выбраны в связи с тем, что они обладают широ-